Rok LI. Kraków, dnia 13. lipca 1912. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie IV.

Badanie wykonano na chorym G. lat 45, który przybył do kliniki 12/IV 1911 roku. Chory skarżył się głównie na bóle w rękach, szczególnie zaś w prawym stawie barkowym. Bóle te datowały się od lat kilku; oprócz tego cierpiał chory od czasu do czasu na bóle w dołku podsercowym; bóle te nie stały w żadnym związku ze spożywaniem pokarmów. Neurastenik, danych wskazujących na dziedziczność dny niema. Badanie przedmiotowe nie wykryło żadnych zmian, z wyjątkiem niewielkiego powiększenia wątroby. Ciepłota przez cały czas pobytu w klinice poniżej 37°. W moczu białka i cukru brak.

14/IV rozpoczęto dyetę bezpurynową, składającą się z 1 l. mleka, 30 gr ryżu lub łapszy, 30 gr masła, 100 do 120 gr jaj, 250 – 300 gr bułek, 16 gr cukru, 400 cm³ słabej herbaty i 1 pomarańczy. Przy tej dyecie chory otrzymywał na dobę około 80 gr białka, 80 gr tłuszczu, 250 gr węglowodanów, t. j. około 2000 kaloryi na dobę. W dni mięsne chory otrzymywał tę samą ilość, ale bez jaj, oprócz tego po 400 gr mięsa na dobę. Doświadczenie trwało od 14/IV do 4/V, t. j. 21 dni. Wyniki badania moczu zestawiono w tab. IV i na krzywej IV; wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne.

W doświadczeniu tem okres bezpurynowy trwał 7 dni; w ciągu tego okresu ilość ogólnego azotu wahała się między 16 i 13 gr na dobę, ilość kwasu moczowego szybko ustaliła się na nizkim poziomie, odpowiadającym ilości wnętrznego (endogen) kwasu moczowego. W ciągu następnych 2 dni mięsnych chory otrzymywał po 400 gr mięsa czarnego na dobę, przytem znacznie się zwiększyła ilość wydzielanego azotu i kwasu moczowego. Maximum wydzielania kwasu moczowego wypadło w 2 dniu mięsnym i wynosiło 0,675 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, ciągnącego się 7 dni, ilość ogólna azotu zatrzymała się mniej więcej na tym samym poziomie, na jakim stała w pierwszym okresie bezpurynowym, ilość kwasu moczowego wróciła na 4. dzień do dawnego poziomu.

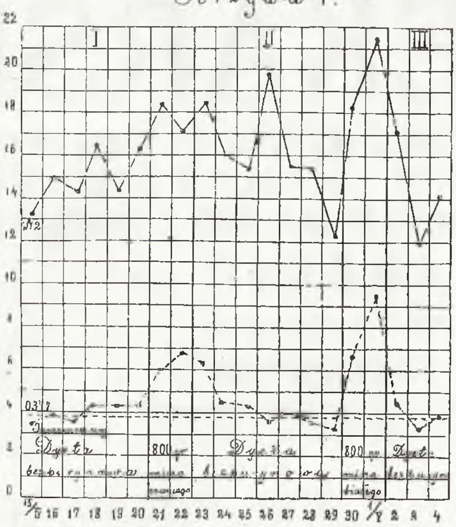
Następnie w ciągu 2 dni chory otrzymywał po 400 gr mięsa białego na dobę. Ilość azotu i kw. moczowego w tym przypadku znowu szybko się zwiększyła i maximum wydzielania wypadło w drugim dniu mięsnym.

Maximum wydzielania kwasu moczowego wynosiło 0,965 gr t. j. było znacznie większe, niż przy mięsie czarnem.

Tablica IV.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu		Ilość kwasu moczowego	
						średnio		średnio
15/IV	Bezpurynowa	1285	1015		13·24 13·27	13·26	0·336	0·336
16	»	2010	1011		14·97	14·97	0·384 0·372	0·378
17	»	1425	1015		14·38 14·44	14·41	0·359 0·365	0·362
18	»	1200	1021		16·63	16·63	0·422 0·418	0·420
19	»	1295	1016		14·22 14·26	14·24	0·428	0·428
20	»	1212	1019		16·26 16·29	16·27	0·432 0·437	0·435
21	400 gr. mięsa czarnego	1080	1025		18·35 18·38	18·36	0·594 0·598	0·596
22	»	1120	1028		17·12 17·18	17·15	0·674 0·675	0·675
23	Bezpurynowa	1125	1026		18·65 18·62	18·63	0·619 0·614	0·616
24	»	1525	1016	Kwaśne	15·93 15·89	15·91	0·436 0·436	0·436
25	»	1400	1017		15·48	15·48	0·420 0·408	0·414
26	»	1790	1010		19·80 19·85	19·82	0·347 0·353	0·350
27	»	1670	1013		15·55	15·55	0·393 0·393	0·393
28	»	1290	1016		15·53 15·53	15·53	0·363 0·368	0·365
29	»	1120	1015		12·23 12·23	12·23	0·320 0·322	0·321
30	400 gr. mięsa białego	1340	1021		18·16 18·11	18·13	0·664 0·969	0·666
1/V	»	1160	1030		21·55 21·53	21·54	0·669 0·962	0·965
2	Bezpurynowa	1510	1016		17·08 17·12	17·10	0·444 0·434	0·439
3	»	1630	1010		11·73 11·75	11·74	0·318 0·321	0·320
4	»	1180	1017		14·21 14·27	14·24	0·386 0·387	0·387

Krzywa 4.



A G lat 45 Średnia ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego 0,377 (z 24 rozbiorów)

W ciągu następnego 3-dniowego okresu bezpurynowego ilość azotu i kwasu moczowego szybko wróciła do dawnej wysokości. Kwas moczowy już w 2 dniu wrócił do stanu prawidłowego. Widzimy, że i w tem doświadczeniu wydzielanie ogólnego azotu po mięsie czarnem odbywało się cokolwiek wolniej, niż po mięsie białem. Co do kwasu moczowego, to w tem, jak i w poprzedniem doświadczeniu maximum wydzielania było znacznie większe po mięsie białem, niż po czarnem. Wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po mięsie czarnem trwało 5 dni (2 dni mięsne i 3 bezpurynowe); wydzielanie zaś kwasu moczowego po mięsie białem trwało 3 dni, (2 dni mięsne i 1 bezpurynowy). I tu więc daje się zauważyć pewne zwolnienie w wydzielaniu kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po mięsie czarnem. Ilość wnętrznego kwasu moczowego w tem doświadczeniu wynosiła (średnio z 24 rozbiorów) 0,377 gr. Ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz wynosiła po mięsie czarnem 0,852 gr, po mięsie białem 0,939 gr. W doświadczeniu tem po spożyciu mięsa wydzieliła się mniej więcej taka sama ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz jak i w poprzednich doświadczeniach.

U naszego chorego nie widzimy znaczniejszych zaburzeń w przemianie kwasu moczowego, albowiem ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego znajduje się w granicach prawidłowych. Przemiana purynowa po spożyciu mięsa idzie także dosyć zadowalniająco. Chorego tego, podobnie jak poprzedniego, możemy do pewnego stopnia zaliczyć do typu ludzi o zwolnionej przemianie materyi.

W przytoczonych 4 przypadkach zbadaliśmy wpływ mięsa czarnego i białego u ludzi w wieku od 37—45 lat, t. j. w takim właśnie okresie, kiedy przemiana materyi zaczyna być jakby cokolwiek mniej dokładną i kiedy wyraźnie zaczyna występować skłonność do zwolnienia przemiany purynowej. We wszystkich tych przypadkach otrzymaliśmy jednakową różnicę w działaniu mięsa białego i czarnego. Zaciekawiało nas jeszcze pytanie, jak się zachowają względem mięsa białego i czarnego ludzie młodzi, u których okres wzrostu jeszcze się nie skończył? W tym celu przeprowadziliśmy badania w następujących dwóch przypadkach.

Doświadczenie V.

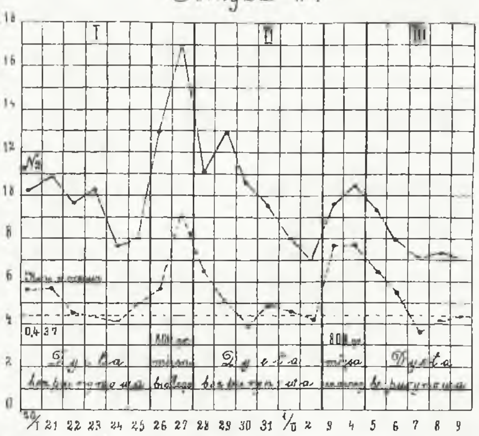
Badanie przeprowadzono na robotniku A. lat 17, któremu z powodu złamania nogi założono opatrunek ustalający na kończynę. Do tej pory był zawsze zdrów, ciepłota przez cały czas obserwacyi poniżej 37°, w moczu cukru i białka nie było. 21/I 1911 r. rozpoczęto dyetę bezpurynową, która składała się z 600 cm³ mleka, 400—500 gr bułki, 50 gr kaszy perłowej lub hreczanej, 30 gr masła, 50 gr łapszy, 32 gr cukru i 400 cm³ słabej herbaty. Przy takiej dyecie chory otrzymywał na dobę około 70 gr białka, 60 gr tłuszczu i 300 gr węglowodanów, co daje około 2000 kaloryi. W dni mięsne dostawał oprócz tego po 400 gr mięsa na dobę. Doświadczenie ciągnęło się od 21/I do 28/II t. j. 20 dni. Wyniki rozbiorów moczu przytoczono w tablicy I i na krzywej V. Wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne.

Pierwszy okres bezpurynowy trwał dni siedm. W ciągu tego okresu ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego początkowo się obniżała, później zaś zatrzymała się na pewnym stałym poziomie. W ciągu następnych dwóch dni mięsnych, kiedy chory otrzymywał po 400 gr mięsa białego na dobę, ilość wydzielanego ogólnego azotu i kwasu moczowego znacznie się zwiększyła. Największe wydzielanie wypada w drugim dniu mięsnym. Maximum wydzielonego kwasu moczowego wynosiło 0,909 gr. W następnym okresie bezpurynowym, trwającym sześć dni, ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego zaczęła spadać: ilość kwasu moczowego powróciła do poprzedniego poziomu na drugi dzień, ilość zaś azotu spadała ciągle do końca tego okresu.

Tablica V.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilośc azotu		Ilość kwasu moczowego	
						średnio		średnio
20/I	Bezpurynowa	1300	1019	Kwaśne	10·38 10·44	10·41	0·567 0·557	0·562
21	»	1135	1024		10·80 10·83	10·81	0·576 0·567	0·571
22	»	1180	1020		9·64 9·58	9·61	0·436 0·465	0·450
23	»	1230	1017		10·15 10·12	10·13	—	—
24	»	1030	1021		7·61 7·56	7·58	0·419 0·406	0·412
25	»	1220	1018		8·16 8·19	8·18	0·492	0·492
26	400 gr mięsa białego	1710	1020		12·78 12·82	12·80	0·570 0·560	0·565
27	»	1350	1028		16·64 16·89	16·76	0·911 0·907	0·909
28	Bezpurynowa	1160	—		11·00 11·19	11·09	0·643 0·652	0·647
29	»	1295	1022		12·95	12·95	0·500 0·511	0·505
30	»	1020	1023		10·61 10·67	10·64	0·394 0·402	0·398
31	»	1285	1020		9·53 9·35	9·44	0·485	0·485
1/II	»	1015	1022		8·04	8·04	0·456 0·456	0·456
2	»	730	1027		7·07 7·05	7·06	0·435	0·435
3	400 gr. mięsa czarnego	1040	1026		9·59 9·69	9·64	0·764 0·773	0·768
4	«	1350	1023		10·36 10·45	10·40	0·765 0·775	0·770
5	Bezpurynowa	1170	1020		9·46 9·40	9·43	0·638 0·648	0·643
6	«	1080	1018		7·95	7·95	0·458 0·454	0·456
7	«	985	1021		7·11 7·10	7·10	0·372 0·380	0·376
8	«	1144	1019		7·24	7·24	0·423	0·423
9	«	1025	1021		7·06 7·11	7·08	0·453 0·443	0·447

Krzywa 5.



A. lat 17. Średnia ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego - 0,437 (z 16 rozbiorów)

W ciągu następnych dwóch dni, kiedy chory otrzymywał po 400 gr mięsa czarnego na dobę, ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego znowu się zwiększyła, chociaż nie doszła do wysokości spostrzeganej po mięsie białem.

Maximum wydzielania kwasu moczowego wypada w drugim dniu. Maximum wydzielania kwasu moczowego wynosiło 0,770 gr, choć już w pierwszym dniu, ilość wydzielonego kwasu moczowego była prawie taka sama, a mianowicie 0,768 gr. W następnym okresie bezpurynowym, ciągnącym się 4 dni, ilość azotu i kwasu moczowego znowu zaczęła spadać. Ilość kwasu moczowego wróciła do poprzedniego poziomu w drugim dniu.

Na przytoczonej krzywej widać, że i w tem doświadczeniu wydzielanie ogólnego azotu po mięsie czarnem szło cokolwiek wolniej, niż po mięsie białem. Co się tyczy kwasu moczowego, to i w tem doświadczeniu podobnie jak w poprzednich, maximum wydzielania kwasu moczowego po mięsie białem jest wyższe, niż po mięsie czarnem.

W przeciwieństwie do poprzednich doświadczeń, kwas moczowy w tem doświadczeniu, wydzielał się zarówno po mięsie białem jak i czarnem, w ciągu jednakowej ilości dni, t. j. w ciągu 4 dni (2 mięsnych i 2 bezpurynowych). Jednakowoż i tutaj można zauważyć cokolwiek zwolnione wydzielanie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz (exogen) po mięsie czarnem: krzywa wydzielania nie jest tak spadzista, jak przy mięsie białem. Ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego w tem doświadczeniu wynosiła 0,437 gr (średnia z 16 analiz). Ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po mięsie białem = 0.876 gr, po czarnem 0,988 gr. W doświadczeniu tem ilość kwasu moczowego wnętrznego = 0,437 gr. Wyprowadzenie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz po spożyciu mięsa nastąpiło stosunkowo prędko. Wobec tego możemy powiedzieć, że w danym przypadku purynowa przemiana materyi przebiegała prawidłowo, czego zresztą u zupełnie zdrowego człowieka można się było z góry spodziewać.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Zupełnie inaczej jednak przedstawia się ta sprawa ze stanowiska lekarza, jako socyologa i higienisty, mającego dbać o polepszenie stosunków społecznych i ekonomicznych na drodze dążenia do udoskonalania i uzdrowienia rasy. Jeśli bowiem wyjdziemy z tego założenia, że większość dzieci urodzonych z takich kobiet będzie dziedzicznie obarczona i mało odporna w walce o byt, a skłonna do zapadania na najrozmaitsze choroby nerwowe i umysłowe, że więc te dzieci już niejako w życiu płodowem noszą zarodek owego przyszłego nieszczęścia nietylko dla siebie i swej rodziny, lecz także i dla całego społeczeństwa, wśród którego mają się rozwijać, to i tu w pewnej przynajmniej liczbie przypadków n. p. ciężkiego dziedzicznego obarczenia matki lub ojca, poważnych, długotrwałych i nieuleczalnych idyopatycznych chorób umysłowych i w przypadkach wrodzonego upośledzenia umysłu wywoływanie poronienia powinnoby być dozwolone i ustawowo uregulowane.

Dla uniknięcia jakiegokolwiek nieporozumienia podkreślamy wyraźnie, że tylko w przypadkach poważnych idyopatycznych chorób umysłowych z ciężkiem dziedzicznem obarczeniem, zwłaszcza obojga rodziców, i w przypadkach wrodzonego upośledzenia umysłu możnaby na razie myśleć o przerywaniu ciąży ze względu na dziedziczne obarczenie płodu i to także tylko przy ścisłem indywidualizowaniu każdego przypadku z osobna. Bo jakkolwiek i w tych przypadkach nawet urodzić się mogą dzieci pod względem umysłowym nieźle rozwinięte — chociaż zawsze prawie psychopatycznie obarczone — i takie, które nigdy nie zapadną na chorobę umysłową, to w przebiegu wszelkich innych psychoz nie mamy już żadnych danych, któreby nam pozwalały z góry wypowiadać zdanie o stanie psychicznym dzieci, zwłaszcza tam, gdzie przynajmniej jedno z rodziców nie jest umysłowo chore i nie pochodzi z rodziny pod względem nerwowym dziedzicznie obarczonej.

Nie możemy bowiem podzielać zdania Morela o koniecznem postępowaniu zwyrodnienia u potomstwa, wiedząc, że przez łączenie się osobników chorych i dziedzicznie obarczonych z jednostkami zdrowemi i nieobciążonemi zacierają się znowu i uzupełniają nieraz najrozmaitsze braki.

W każdym razie sądzimy, że jakkolwiek sprawa przenoszenia się chorób umysłowych na potomstwo nie jest jeszcze jasna i dojrzała, to jednak godna już dzisiaj traktowania ze stanowiska lekarsko-prawniczego. Jakkolwiek bowiem wszelkie wnioski, jakie wysnuwamy z dzisiejszych metod badania, są dla tej sprawy bardzo jeszcze niedostateczne, tak że nawet w przypadkach najdalej posuniętej choroby umysłowej rodziców lekarz psychiatra nie może z wszelką pewnością mówić o stanie umysłowym mającego urodzić się płodu, to jednak, ponieważ już wszyscy godzimy się na to, że sprawa dziedziczenia chorób nerwowych i umysłowych nie należy więcej do rzędu przypuszczeń, lecz że została niezbicie dowiedziona na podstawie długoletnich rzeczowych spostrzeżeń, przeto nie można i nie powinno się naszem zdaniem zupełnie jej pomijać przy omawianiu wskazań do przerwania ciąży.

Bardzo ciekawe i śmiałe jest stanowisko, jakie zajął w tej sprawie Gross [1]) z Pragi na posiedzeniu Stowarzysze-

---

[1]) Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psy-

nia psychiatrów i neurologów w Wiedniu. Sądzi on mianowicie, że dotąd przecenialiśmy wartość i znaczenie poszczególnych jednostek, i to tak dalece, że zdawało nam się, iż nieurodzony nawet jeszcze płód ma wszelkie prawo być w przyszłości ciężarem swojej rodziny i społeczeństwa, a to przez swoją nieudolność tak fizyczną, jak i psychiczną. Przyszłe jednak pokolenie zajmie inne stanowisko wobec mającego dopiero urodzić się dziecka o nieznanej nam zupełnie, a często lichej jakości i zwróci swą uwagę przedewszystkiem na szczęście rodziny i dobro społeczeństwa, wśród którego ono ma się rozwijać, a które chętnie zrzeka się jednostek dziedzicznie obarczonych bez pełnej wartości człowieka.

Nawet Haberda [2]), który, idąc za głosem większości lekarzy, uważą wzniecanie poronienia ze względu na jakość płodu przy obecnym stanie naszej wiedzy o dziedziczności za niedopuszczalne, sądzi jednak, że w pewnych przypadkach możnaby już dzisiaj poprzeć wskazanie w sposób naukowy, a to tam mianowicie, gdzie jest widoczne obarczenie w szeregu wstępującym i gdzie rodzice wydali na świat kilkoro psychicznie i cieleśnie zwyrodniałych lub nawet umysłowo chorych dzieci.

W każdym jednak razie nie możemy przy dzisiejszych naszych wiadomościach o dziedziczeniu chorób umysłowych z wyjątkiem tych przypadków, o których wspomnieliśmy poprzednio, w żadnym innym z czystem sumieniem doradzać spędzenia płodu. I to mimo, że chciałoby się zapobiedz zwyrodnieniu rasy i zmniejszyć na tej przynajmniej drodze szkodę zarówno materyalną, jak i duchową, którą niewątpliwie sprawiają choroby umysłowe w każdem społeczeństwie, a zwłaszcza w naszem, w którem przy braku odpowiednio zorganizowanej i szeroko pomyślanej opieki nad umysłowo chorymi, chorzy ci, przedewszystkiem w klasach średnio zamożnych, trzymając niejednokrotnie w szachu całą rodzinę, stają się dla niej bardzo często przyczyną ruiny materyalnej.

Rozumiemy, że nie tędy droga do udoskonalenia rasy, że to, czego żądamy, byłoby zaledwie cząstką tego, co czynić należy dla urzeczywistnienia tego tak szczytnego celu. Dopóki jednak nie znajdziemy w społeczeństwie zrozumienia, że od małżeństwa usuwać należy wszystkie te jednostki, które kiedykolwiek zapadały na jedną z chorób umysłowych, a to przedewszystkiem idyopatycznych, jak i tych, którzy cierpią na padaczkę, ciężką histeryę lub są neuropatycznie, względnie psychopatycznie obarczeni, dopóki nie zostanie wprowadzona ustawa, dozwalająca a nawet nakazująca wytrzebienie, względnie sterylizacyę wszystkich zwyrodniałych i umysłowo a nieuleczalnie chorych, dopóty powinniśmy zapobiegać złemu przynajmniej na drodze przerywania ciąży w wyżej wymienionych chorobach umysłowych.

Jak piekącą jest ta sprawa, za tem najlepiej przemawia to, że w jednym ze Stanów Ameryki Północnej (Connecticut) uchwalono przed niespełna dwoma laty prawo, mocą którego mają być sterylizowani wszyscy nawykowi przestępcy i umysłowo a nieuleczalnie chorzy w karnych i państwowych zakładach leczniczych. W państwie Indiana przyjęto jeszcze w marcu 1907 ustawę, mocą której można sterylizować w zakładach nawykowych zbrodniarzy, głuptaków, umysłowo niedołężnych i wykraczających przeciw moralności, np. sadystów i innych. I w państwie Oregon przyjęto w obu Izbach ustawę podobnej treści, która jednak na razie ze względów czysto formalnych odrzucona została przez gubernatora tegoż państwa. Na dorocznym wreszcie zjeździe psychiatrów szwajcarskich w Wil jeszcze w r. 1905 oświadczyli się zebrani jednomyślnie ze sterylizacyą umysłowo-chorych ze względów społecznych na drodze ustawy państwowej, a nawet od kilku już lat stosowane tam bywają wytrzebienie i sterylizacya w tych przynajmniej przypadkach, w których daje się uzyskać potrzebne dla tych zabiegów zezwolenie władz, rodziców, względnie opiekuna, a nawet i samych chorych [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

chose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet? Wiener med. Wochen. 1905, Nr 10.

[2]) Ueber Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt. Wien. klin. Wochen. 1905, Nr 10.

[1]) Oberholzer. Kastration u. Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jurist.-psychiat. Grenzfragen 1911.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Burzi: **Działanie salwarsanu na układ sercowo-naczyniowy.** (La Riforma Medica Nr XI. 1912). B. rozróżnia zmiany przedmiotowe i podmiotowe; z objawów podmiotowych, naogół skąpych i nie wybitnych, notował przedewszystkiem kołatanie serca i rozmaitego rodzaju sensacye w jego okolicy, mniej lub więcej bolesne. Kołatanie było stosunkowo rzadkie i o średniem natężeniu, już to z przyspieszeniem akcyi serca, jużto bez i występowało zwykle po drugiej injekcyi; ciężkie napady kołatania z następowem rozszerzeniem komór sercowych występowały jednak tylko po wstrzykiwaniach śródmięśniowych (przyp. ref.). Sensacye ograniczały się do uczucia kłucia, tępego bólu z przeczulicą skóry na przedniej stronie klatki piersiowej, uczucia ściskania, gniecenia i t. p. W rzędzie zmian przedmiotowych pierwsze miejsce zajmuje zachowanie się ciśnienia tętniczego; oznaczane przyrządem Riva-Rocciego, tylko w drobnej ilości przypadków nie ulegało zmianie; w 19% uległo zwiększeniu o 8—15 mm Hg, w olbrzymiej zaś większości zachodził spadek ciśnienia średnio o 15mm Hg, i to już kilka godzin po injekcyi śródżylnej, 1—2 dni po injekcyi śródmięśniowej, a jeszcze później i o znacznie słabszem nasileniu po injekcyi podskórnej; spadek ciśnienia utrzymywał się 1—4 dni, czasem nawet dłużej, zwłaszcza po wstrzykiwaniach śródmięśniowych; obniżeniu ciśnienia nie towarzyszyły zazwyczaj żadne zmiany ani przedmiotowe, ani podmiotowe. Przyspieszenie akcyi serca, po wykluczeniu wszelkich innych przyczyn mogących je wywołać, a więc zależne tylko od 606, było stosunkowo rzadkie (18%), przyczem nie było żadnego stosunku między niem, a ciepłotą, prawie stale podwyższoną po użyciu salwarsanu; pojawiało się ono prawie zawsze nagle, czasem już parę godzin po injekcyi, czasem dopiero parę dni i ustępowało już to przełomem, już to zwolna. Najwybitniejsze było po injekcyach podskórnych i śródmięśniowych, najmniejsze po śródżylnych. Nieregularność tętna była również rzadka i miała zwykle przejściowy charakter; występowała albo w postaci arytmii (niemiarowości) w ścisłem tego słowa znaczeniu, albo jako innomiarowość

(allorhythmia), albo też jako skurcze dodatkowe (extrasystole). W rzadkich przypadkach spostrzegał B. szmery skurczowe nad koniuszkiem serca, krótko trwające, które odnosił do niedomogi czynnościowej zastawki dwudzielnej; w nader nielicznych przypadkach zauważył wybitne zwolnienie tętna, prawdziwe tj. niezależne od extrasystoli. Co się tyczy przyczyny tych objawów, to, odnośnie do objawów podmiotowych, ze względu na to, że zachodziły one stale u osobników neuropatycznych, przychodzi B. do wniosku, że salwarsan był tutaj tylko czynnikiem wyzwalającym, potęgującym; na dowód tego przytacza fakt, że nie było żadnego stosunku między dawką, a nasileniem objawów. Powstawanie zaś objawów przedmiotowych, zwłaszcza bradykardyi, tłumaczy nie działaniem leku, jako takiego, lecz twierdzi, że są one wyrazem odczynu swoistych spraw ukrytych, a wywołanych dopiero działaniem salwarsanu, czyli, że trzeba je sobie tłómaczyć jako odczyn Herxheimera. Podobne uzasadnienie znajdują według niego i inne objawy występujące w zakresie układu nerwowego po użyciu 606, jak nerwobóle, zapad, napady padaczkowe porażenia nerwów ośrodkowych i w. i.

Dr T. Tempka.

Prof. Sandro. **Odchylenie komplementu w przebiegu bąblowca, dokonane także zapomocą układu hemolitycznego L. Ferranniniego.** (La Riforma Medica Nr XII 1912 r.). W większości przypadków rozpoznanie bąblowca wątroby nie przedstawia przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności wielkich trudności, czasem jednak jest nader ciężkie; i tak spostrzegano przypadki torbieli wątroby uszypułowanych, które znajdowały się już to w lewem podżebrzu, już to w okolicy talerzy biodrowych, lub też wypychały przeponę ku górze, naśladując wysięki opłucnowe, dlatego też każdy nowy środek rozpoznawczy w tym względzie ma wielkie znaczenie. Jednak eozynofilia, często spotykana w przebiegu bąblowca, a dochodząca czasem wysokości niebywałej (68·3% wszystkich leukocytów—Palazzo), nie jest momentem rozstrzygającym, gdyż czasem brak jej przy bąblowcu, a zachodzi przy innych schorzeniach. Natomiast w ostatnich czasach nabrała wielkiego znaczenia serodiagnoza bąblowca; cały szereg autorów, w pierwszym rzędzie Weinberg, (Sandro twierdzi, że Ghedini) wykazali, że surowica krwi osób cierpiących na bąblowca zawiera swoiste przeciwciała, które można wykazać sposobem Bordet'a i Gengou, posługując się jako antigenem, płynem wydobytym z cysty bąblowcowej barana, lub innego zwierzęcia, względnie człowieka. Reakcya ta znana jest pod nazwą reakcyi Weinberga, a że według większości autorów występuje dodatnio w $^9/_{10}$ przypadków, więc należy jej przyznać swoistość; trzeba jednak zauważyć, że ujemny jej wynik, co zresztą rzadko zachodzi, nie ma znaczenia rozstrzygającego, podobnie, jak ujemny wynik odczynu Wassermanna przy kile. Sandro przeprowadzał doświadczenia nad zachowaniem się odczynu Weinberga, u osób z bąblowcem, nietylko wobec zwykłego układu hemolitycznego (surowica hemolityczna królika i krwinki barana), lecz także i wobec układu L. Ferranniniego (świeża surowica krwi węgorza i krwinki królika), stwierdził, że oba układy nadają się dobrze do reakcyi, tylko że system F. daje w przypadkach ujemnego wyniku, słabszą hemolizę, ma jednak tę dogodność, że można go szybko sporządzić. S. otrzymywał dodatni wynik reakcyi, nawet, gdy torbiel uległa zropnieniu, jak również jeszcze dłuższy czas po zupełnem usunięciu cysty przez chirurga; nadto doszedł do wniosku, że nie zachodzi żaden stosunek między wynikiem odczynu a eozynofilią, gdyż ta ostatnia może być bardzo wybitna, a pierwsza brakować i na odwrót.

Dr T. Tempka.

Prof. Winternitz: **Chineonal, nowy środek uspokajający.** (Med. Kl. 1912 Nr 15). Chinina ma działanie nietylko przeciwgorączkowe ale także swoiste, n. p. przy malaryi, także przy tyfusie, influenzy i septycznym gośćcu stawowym zdaje się mieć swe specyficzne działanie. Autor w ostatnich dwu latach chcąc uspokająco podziałać na chorego gorączkującego, przytem zachowującego się niespokojnie, podawał kombinacyę chininy z weronalem i chwali bardzo skutek z podawania tychże. Chinina posiadająca własności zasady łączy się chemicznie z weronalem jako kwasem. Fabryka Merck łączy oba środki pod nazwą chineonal. Połączenie to zdaje się autorowi być znacznie lepsze od kombinacyi Noordena, wedle którego małe dawki weronalu z phenacetyną równają się wielkim dawkom weronalu. Chineonal jestto proszek biały, który nie drażni błony śluzowej żołądka, a podawać go można przez dłuższy czas w dawce 0·6 do 0·75 u chorych gorączkujących majaczących lub dla złagodzenia bólów. Uboczne działania chininy nawet przy dłuższem podawaniu tego środka nie występują wcale. Obok swego zastosowania przy chorobach gorączkowych, poleca ją autor wogóle jako środek uspokajająco działający na nerwy, tak że kojący bóle przy newralgiach. Przy kokluszu, chorobie morskiej, oddawna chinina stosowaną była, a w najnowszych znów czasach Francuzi polecają też weronal do zwalczania »mal de mer«, tak, iż autor radzi kombinacyę z obu środków.

Mondschein.

H. Lüdke: **Leczenie tyfusu brzusznego surowicą.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 17). Warunkiem skutecznego działania surowicy przeciwdurowej jest według Lüdkego: 1) stosowanie surowicy we wczesnym okresie (w pierwszych ośmiu dniach); 2) wstrzykiwania śródżylne lub śródmięśniowe; 3) duże dawki jednorazowe, lub jeśli małe, to powtórzone kilkakrotnie. Celem uniknięcia objawów anafilaksyi u chorych leczonych już surowicą końską dyfterytyczną w przebiegu poprzednio przebytej dyfteryi stosował autor surowicę uodparniającą otrzymaną z kóz.

W licznych przypadkach zauważył L. po zastosowaniu surowicy opadanie gorączki, zwolnienie i lepsze napięcie tętna, zwiększanie się diurezy i ustępowanie biegunek. Najlepszy leczniczy wynik otrzymywał wówczas, jeśli wstrzykiwał surowicę działającą zarówno bakteryobójczo jak też i neutralizująco na jady.

M. Sokołowski.

Heringer: **O działaniu środków moczopędnych i nasercowych u chorych na nerki.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 20). Działanie środków moczopędnych i nasercowych u ludzi chorych na nerki zależne jest od stanu naczyń nerkowych. W wypadkach nieznacznych zmian w naczyniach wystarczają już b. małe dawki do zwiększenia diurezy, natomiast w miarę im naczynia więcej ucierpiały, tem silniejszych potrzeba podniet do wywołania pożądanego skutku terapeutycznego. W razie szybkiego oddziaływania nerek na środki moczopędne zwraca autor uwagę na ważność stosowania diuretyków tylko co pewien czas i to w małych dawkach (raz dziennie 0,50 diuretyny, 0,10 theocyny, 0,05 naparstnicy i t. p.); szybką reakcyę nerek uważa przytem za objaw ważny i w rokowaniu pomyślny.

Sokołowska.

Fischer i Meyer-Betz: **O zachowaniu się hemibilirubiny u człowieka zdrowego i chorego na wątrobę.** (Münch. med. Woch. Nr 15). W moczu patologicznym pierwszy Jaffe odkrył urobilinę i jej znamienne własności. Przypuszczał on, że jest to produkt pochodny barwików żółciowych (udowodnił to później Fr. Müller) i że znajduje się pierwotnie w moczu jako urobilinogen a dopiero następowo przechodzi w urobilinę. Dalszym znacznym postępem w tej kwestyi było spostrzeżenie Ehrlicha, że niektóre patologiczne mocze z dimethylamidobenzaldedehydem w rozczynie kwasu solnego zabarwiają się czerwono. Neubauer wykazał, że jest to reakcya urobilinogenowa, przez co badanie moczu w tym kierunku bardzo zostało uproszczone. Następnie Städelerowi, Maly'mu i innym na drodze redukcyjnej udało się otrzymać z bilirubiny kryształy hemibilirubiny, wykazującej wszystkie własności urobilinogenu i przechodzącej przy rozkładzie w barwik dający charakterystyczne reakcye urobiliny.

Fischer i Meyer-Betz chcąc poznać stosunek zacho-

dzący między wydzielaniem się urobiliny w moczu a zmianami czynnościowemi wątroby, podawali ludziom zdrowym i chorym na wątrobę hemibilirubinę (0,20), lub ciała stojące w związku z urobiliną (żółć świni 40—120 cm) i badali następnie mocz na obecność urobiliny. Badania te stwierdziły u ludzi zdrowych stosunkowo b. słabą, u ludzi chorych na wątrobę natomiast b. wyraźną reakcyę na urobilinogen. Różnicę tę da się wytłómaczyć zdolnością zdrowej wątroby przemieniania, względnie zatrzymywania urobiliny z ogólnego krążenia; zdolność, którą wątroba chora traci i to w tem wyższym stopniu, im więcej sama jest patologicznie zmieniona. Sokołowska.

Pedyatrya.

Lenzman: **Wpływ śródżylnie lub podskórnie wstrzykniętego salwarsanu na płonicę.** (Med. Klinik 1912 Nr 17). Wspomniawszy mimochodem o nader dodatnim wpływie salwarsanu na rozmaite schorzenia jamy ust, jak zapalenie Plaut-Vincenta, zapalenie dziąseł przy gnilcu, zapalenie dziąseł wrzodziejące i t. p. omawia autor, opierając się na swoich 20 przypadkach, leczonych salwarsanem, wpływ jego na płonicę. L. stosuje go w zasadowym roztczynie śródżylnie u dzieci od 3—8 lat w dawce 0·1, u dzieci 8—15 lat 0·15, wyżej 15 lat 0·2. Zamiast śródżylnie stosuje go L. podskórnie (zwykłą strzykawką 10 cm^3) w tejże dawce u dzieci, u których z powodu bardzo delikatnego i wązkiego układu krwionośnego trudno do żyły trafić. Podskórnie wstrzykuje L. salwarsan, również w rozczynie zasadowym bardzo rozcieńczonym (150 cm^3 Nacl). Śródmiąższowe wstrzykiwania nie nadają się: 1) z powodu powolnego działania, 2) z powodu niemożności sprawdzenia, czy cała dawka dostała się do obiegu krwi. L. uzyskał bardzo dobry skutek z tych wstrzykiwań. Stosował je zawsze w płonicy ciężkiej i bardzo ciężkiej (krwotocznej). Po wstrzyknięciu po bezpośredniem krótkotrwałem podniesieniu się ciepłoty spostrzegał L. spadek jej przeszło o $^1/_2$ stopnia pierwszego dnia, drugiego po ponownem wstrzyknięciu tejże dawki lub połowy (zależnie od tętna) o 1—2 stopni; trzeciego dnia ciepłota nie przekraczała lub tylko nieznacznie 38°. Salwarsan działa też bardzo dodatnio na stan ogólny; wymioty, biegunka i krwawienie z nosa ustają, a przedewszystkiem najbardziej uderza w oczy rychłe ustępowanie zmian zapalnych i szybkie oczyszczanie się gardła z błon zgorzelinowych, a, co z tem idzie w parze, lepsze łykanie.

Także zapalenie i obrzęk gruczołów chłonnych na szyi zmniejsza się rychło. Raz tylko i to u dziecka dotkniętego przerostem trzeciego migdałka wystąpiło zapalenie ucha środkowego. Nerki nie bywały zajęte, mocz nigdy nie zawierał białka. L. wstrzykuje salwarsan codzień trzy, najwyżej 4 razy, kierując się przytem tętnem. Wyższych dawek nie stosował, nie spodziewałby się jednak i przy nich zupełnego wyleczenia po jednorazowem wstrzyknięciu (jak to się dzieje w durze powrotnym), ponieważ zarazki płonicy gnieżdżące się w narządach wewnętrznych i w powłokach ciała trudno są dostępne dla salwarsanu; inaczej ma się rzecz w durze powrotnym, gdzie zarazek krąży we krwi. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 27. II. 1912 r.

1) Kol. Jasieński przedstawia chorego J. P. lat 21. Choroba rozpoczęła się silnym bólem głowy i zawrotami we wrześniu 1911. Objawy te po tygodniu ustąpiły, poczem powróciły z większem nasileniem z początkiem stycznia 1912. Stan stale pogarszał się, a z początkiem lutego dołączyło się upośledzenie wzroku. Chory zgłosił się w dniu 17. II. z prośbą o poradę. Wywiady nie wykazują obciążenia dziedzicznego. Chory miernie używał alkoholu. Od 17 r. życia od czasu do czasu napady drgawek, połączone z utratą przytomności, o charakterze padaczkowym. Napadów takich miał wszystkich razem około 20; — od roku ustały. Badanie fizyczne wykazało: tarczę zastoinową w obu oczach, wzrok na lewem oku zniesiony, prawem okiem liczy chory palce na odległość 3 metr. Źrenice znacznie rozszerzone, zwłaszcza prawa. Oddziaływanie tak wprost, współczulne, jak i akomodacyjne w małym stopniu zachowane. Odruch rogówkowy nieco słabszy po stronie prawej. Nieznaczne poziome drżenie oczu. Zez zbieżny oka prawego. Język nieco zbacza na prawo. Szum w uchu lewem, badanie otyatryczne nie wykazało jednak zmian w nerwach słuchowych. Przy dotykaniu i opukiwaniu czaszki bolesność znacznego stopnia w okolicy lewego guza kości bocznej, jako objaw stały. Nerw twarzowy prawy niedowładny. Gałązki dolne zajęte wyraźniej, gałązka górna wątpliwa. Badanie elektryczne nie wykazało zwyrodnień mięśni twarzy. Ślad bezładu w ręce prawej. Adiadokokineza zaznaczona nieco w ręce prawej. Siła ręki prawej 20, lewej 15. Ruchy kończyn górnych wydatne, napięcie prawidłowe. Odruchy brzuszne, jądrowe zachowane, słabsze prawostronnie. Odruchy kolanowe mało żywe, równe obustronnie. Odruch stopowy lewy nieco żywszy. Odruch podeszwowy prawidłowy. Ruchy kończyn dolnych wydatne, napięcie prawidłowe. Objawu Babińskiego, Mendla, bezładu w kończynach dolnych, objawu Romberga, zaburzeń czucia, jakoteż czucia głębokiego nie ma. Chory chodzi prawidłowo, przy zwrotach zatacza się nieco w stronę lewą. Tętno: 64, równe. Zmiana usposobienia od czasu choroby, chory znajduje się w stanie dość znacznej apatyi. Rozpoznano: **guz mózgu.** Co do lokalizacyi rozpoznanie wahać się może między guzem w korze mózgowej w płacie ciemieniowym lewym, w miejscu odpowiadającem ograniczonej bolesności, a guzem w zakątku mostowo-móżdżkowym po stronie prawej.

W dyskusyi podnosi Landau, że za lokalizacyą w płacie ciemieniowym lewym przemawiałaby wybitna i stale utrzymująca się ograniczona bolesność, większa tarcza zastoinowa po stronie lewej, porażenie nerwu twarzowego prawego, które można wziąć za ośrodkowe, ponieważ leciutkie osłabienie górnej gałązki spostrzegane bywa i przy ośrodkowem zajęciu nerwu, zbaczanie języka w stronę prawą, które obecnie jest minimalne i bezład (niedowład) w ręce prawej. W takim razie porażenie prawostronnych nn. III (szersza źrenica na tem oku, mimo, że chory okiem tem jeszcze widzi, podczas gdy na oku lewem V=0) i VI. należałoby uważać za objawy pochodzące z ucisku. Za okolicą prawą przemawiałoby porażenie n. VII., o ile je wziąć za obwodowe, porażenie n. VI. i adiadokokineza.

Piltz podnosi, że za stroną lewą przemawiają następujące objawy: niedowład prawego n. VII., lekkie osłabienie i bezład kończyny górnej prawej, osłabienie odruchu brzusznego (i podeszwowego) po tej stronie i bolesność w okolicy kości ciemieniowej lewej. Przeciwko stronie prawej przemawia jeszcze brak bezładu móżdżkowego, wreszcie trudno byłoby wytłomaczyć sobie niedowład n. VI. prawego przy siedzibie po stronie prawej.

Co do siedziby nowotworu w lewej półkuli, to wobec połowiczego charakteru tych objawów, należy przypuszczać, że nowotwór znajduje się w głębi półkuli i wywiera pewien ucisk na torebkę wewnętrzną.

Rydel natomiast jest tego zdania, że z wyjątkiem bólu po stronie lewej, na którym to objawie polegać wyłącznie nie można, wszystkie inne objawy siedziby lewostronnej są minimalne, w porównaniu z porażeniem nn. VI. i VII., które bierze za obwodowe. Zachowanie języka przemawiałoby również za stroną prawą. Za okolicą móżdż-

kową przemawiałoby również wczesne pojawienie się bólów, zawrotów głowy, tarczy zastoinowej i ślepoty, wreszcie i osłabienie odruchu rogówkowego i spojówkowego i bóle w prawej połowie twarzy. Skłania się zatem do rozpoznania nowotworu w zagłębieniu mostowo-móżdżkowem po stronie prawej.

Łuniewski zwraca uwagę, że wobec rozsianych objawów należałoby również może myśleć o wągrze mózgu (cysticercus).

Co do tarczy zastoinowej podnosi Landau, że jest ona w tym przypadku znaczniejsza po stronie lewej, a statystyka, zwłaszcza Horsleya, wykazuje, że tarcza zastoinowa bywa zwykle wybitniejsza po stronie nowotworu.

Wykonany później rentgenogram wykazał ścieńczenie kości i cień w okolicy ciemieniowej po stronie lewej, wobec czego dokonał prof. Kader po tej stronie operacyi dekompresyjnej w dniu 5. marca b. r. Po odsłonięciu czaszki znaleziono w tem miejscu guz torbielowaty. Z powodu zbyt silnego krwawienia odłożono wyłuszczenie samego guza na później. Stan po operacyi niezmieniony, wysokość tarczy zastoinowej ta sama, V=O. 26 marca dokonał prof. Kader wyłuszczenia nowotworu wielkości mandarynki miejscami twardszej, miejscami wiotszej zbitości. Pobieżne zbadanie przemawiało za glejomięsakiem (gliosarcoma). W 16 dni po operacyi stan chorego był następujący: Bóle głowy utrzymują się dalej, nasilenie ich jest jednak znacznie mniejsze; V—O; porażenie prawostronne miernego stopnia; tętno do 90; wymiotów niema; zaburzenia czucia o charakterze połowicznym, zaburzenia czucia głębokiego co do stawu nadgarstkowego i łokciowego po stronie prawej. Stan podmiotowy zmienny. W 4 tygodnie po operacyi stan podmiotowy znacznie lepszy. Bóle głowy znacznie mniejsze; porażenie nerwu VI. ustąpiło. Chory obecnie już siada i chodzi, powłócząc lekko nogą prawą.

2) Rydel przedstawia chorego, już raz przed pół rokiem przedstawianego, u którego obok niewątpliwych **zmian kiłowych** toczy się sprawa alkoholowa, przypominająca **zbiór objawów Korsakowa.** Obecnie objawy polineurotyczne coraz bardziej ustępują, a mianowicie nieistniejące odruchy kolanowe pojawiły się z powrotem, bóle zniknęły, także bezład ustąpił, natomiast zaburzenia pamięci utrzymują się jeszcze, aczkolwiek w słabszym może już stopniu.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Protokół 81. Ogóln. Zebrania Członków Towarzystwa lekarskiego radomskiego dnia 24. lutego 1912 r.

Obecnych 20 członków.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. H. Fidler.

Kol. Przewodniczący odczytuje korespondencyę: zatwierdzenie przez gubernatora wyborów na członków Zarządu kol. Kossaka i Rakowskiego oraz na członka komisyi rewizyjnej p. Łagodzińskiego; telegram kol. Dobruckiego z Lublina o niemożności przybycia na Zebranie z odczytem »Współczesny pogląd na leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego«; odezwę komitetu Wystawy hygienicznej Wszechsłowiańskiej w Petersburgu oraz Zmiany, poczynione podczas ostatecznej rewizyi Ustawy Szpitala dziecięcego im. hr. Ożarowskich w Radomiu na posiedzeniu dnia 22. stycznia 1912 r. w obecności członków Zarządu szpitala oraz delegatów Towarzystwa lekarskiego radomskiego. Ustawa ta brzmi:

Ustawa prywatnego szpitala dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich.

I. Przeznaczenie szpitala.

§ 1. Szpital dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich przeznaczony jest dla leczenia dzieci do lat czternastu z pierwszeństwem dla dzieci włościan wsi Brzóza z pow. Kozienickiego. Szpital posiada ambulatoryum dla udzielania porad przychodzącym chorym, szczepienia ospy i t. d. Ma prawo przy ambulatoryum urządzać porady dla niemowląt i rozdawnictwo mleka (kropla mleka). Szpital posiada aptekę bez prawa sprzedaży lekarstw.

§ 2. Ilość dzieci chorych w szpitalu oznacza jego Zarząd zależnie od ilości miejsc i zasobów materyalnych.

II. Zarząd szpitala.

§ 3. Szpital podlega nadzorowi Radomskiej Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej pod względem lekarsko-policyjnym, a to stosownie do § 361 Ustawy o Dobroczynności Publicznej.

§ 4. Szpital pozostaje pod kierownictwem Zarządu, składającego się z 10 członków, w liczbie których winien być przynajmniej jeden lekarz miejscowy. Członkowie Zarządu z pośród siebie wybierają prezesa, wiceprezesa, skarbnika i sekretarza; prócz tego członkiem Zarządu szpitala jest jego naczelny lekarz.

Na miejsce członka zmarłego lub ustępującego z powodu niemożności pełnienia obowiązków Zarząd powołuje z pośród osób obojga płci członka nowego według swego uznania, o ile osoba powołana wyrazi na to swoją zgodę.

Uwaga I. Pierwszy Zarząd Szpitala składać się będzie z 10 osób, powołanych przez Jana hrabiego Zamoyskiego i Kazimierza Olszowskiego adwokata przysięgłego, jako egzekutorów testamentu własnoręcznego ś. p. Adeli hr. Ożarowskiej z dnia 25. maja 1910 r., z zapisu której szpital założony został.

Uwaga 2. Oprócz członków, wymienionych w § 4, do składu Zarządu należy w razie wprowadzenia do gubernii Królestwa Polskiego samorządu miejskiego i jeden z członków Rady miejskiej, przez Zarząd szpitala zaproszony, o ile m. Radom dawać będzie subsydyum stałe szpitalowi; wreszcie, o ileby założone zostało w Radomiu Towarzystwo Pomocy dla szpitala, niniejszą ustawą objętego, do Zarządu wejdzie jeden członek. Zarządu tego Towarzystwa przez Zarząd szpitala zaproszony.

§ 5. Wszelkiemi sprawami i interesami szpitala w najobszerniejszem znaczeniu wyrazu zawiaduje Zarząd, do atrybucyi którego należy między innemi: 1) układanie i zatwierdzanie budżetu wydatków na utrzymanie szpitala; 2) przyjmowanie i zwalnianie naczelnego lekarza i określanie jego wynagrodzenia; 3) przyjmowanie Sióstr Miłosierdzia lub innych pielęgniarek rzymsko-katolickiego wyznania i zawierania w tej mierze umów; 4) zatwierdzanie i zwalnianie młodszych ordynatorów szpitalnych na przedstawienie naczelnego lekarza, określanie pensyi; 5) strzeżenie całości majątku szpitalnego i zarządzanie tymże majątkiem; 6) przyjmowanie zapisów i darowizn; 7) podnoszenie wszelkich sum, jakieby szpitalowi przypadać mogły z jakiegokolwiekbądź tytułu, realizowanie wszelkich należności szpitala na warunkach według uznania Zarządu, otrzymywanie wszelkich sum hipotecznych czy to wprost od dłużników i wykreślanie ich z hypotek, czy to od osób trzecich przez podstawienie ich w prawa hypoteczne szpitala lub w drodze cessyi i przepisywanie na rzecz tychże osób trzecich otrzymanych sum w odnośnych księgach hipotecznych; 8) nabywanie nieruchomości i ruchomości dla szpitala potrzebnych, sprzedawanie tychże, jak również wypuszczanie w dzierżawę majątków nieruchomych szpitala; 9) asekurowanie od ognia majątku szpitalnego, podnoszenie w razie pożaru premii asekuracyjnych; 10) wznoszenie budowli nowych i remont dawnych; 11) wydawanie wewnętrznych regulaminów, uzupełnianie i zmienianie ich; 12) zaprowadzanie zmian w opłatach za leczenie z zachowaniem przepisu § 18 niniejszej ustawy, jak również przyjmowanie chorych dzieci do szpitala bezpłatnie lub za zniżoną opłatę; 13) umarzanie kosztów leczenia, których ściągnięcie okazało się niemożliwe; 14) ustanawianie opłaty za chowanie zwłok w wypadkach, gdy rodzina lub opieka nie zajmie się pogrzebem w ciągu dni trzech po zaszłym zgonie; 15) dążenie do możliwego rozszerzenia działalności szpitala, wprowadzenie w nim wszelkich ulepszeń przez naukę wskazanych; 16) zawieranie wszelkich umów i kontraktów prywatnych, rejentalnych i hypotecznych; 17) prowadzenie wszelkich spraw sądowych szpitala we wszelkich sądowych instytucyach wszystkich instancyi; 18) prowadzenie wszelkich spraw szpitala z władzami administracyjnemi oraz instytucyami społecznemi; 19) udzielanie pełnomocnictw; 20) składanie corocznych sprawozdań gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej w Radomiu oraz Zarządowi głównemu do spraw gospodarstwa miejskiego, stosownie do przepisów ustawy o Dobroczynności Publicznej; 21) ostateczna decyzya, po zasięgnięciu opinii Ogólnego Zebrania

członków Towarzystwa Pomocy dla szpitala (o ile takowe zostanie założone), w przedmiocie oddania tegoż szpitala pod zawiadywanie innej instytucyi lub też zarządu miejskiego, w razie wprowadzenia do kraju samorządu miejskiego.

§ 6. Dla prawomocności uchwał Zarządu niezbędna jest obecność pięciu członków, w gronie których znajdować się winien prezes lub wiceprezes. Dla ważności uchwał w sprawie sprzedaży majątku nieruchomego szpitala, jak również w przedmiocie oddania szpitala pod zawiadywanie innej instytucyi lub zarządu miejskiego (w razie wprowadzenia do kraju samorządu miejskiego), potrzebna jest obecność na posiedzeniu przynajmniej 9 członków, w czem prezesa lub wiceprezesa, oraz przynajmniej większość 8 głosów.

§ 7. Decyzye Zarządu zapadają prostą większością głosów; w razie równości głosów, głos prezesa przeważy. Z każdego posiedzenia winien być niezwłocznie po jego ukończeniu sporządzony protokół i podpisany przez członków na posiedzeniu obecnych.

§ 8. Rewizye funduszów i sprawozdań finansowych szpitala ma prawo uskuteczniać gubernator radomski w myśl artykułu 445 ust. o Dobr. Publ. (red. 1908 r.).

III. Fundusze szpitala.

§ 9. Fundusze szpitala składają się: 1) z sumy rubli 200.000 w gotowiźnie, zapisanej na rzecz szpitala przez ś. p. Adelę hr. Ożarowską, urodzoną Mattissen na mocy testamentu własnoręcznego z dnia 20. maja 1910 r., otwartego i ogłoszonego przez prezesa sądu okręgowego warszawskiego dnia 12. października 1911 roku i oddanego w oryginale do przechowania Stanisławowi Rzepeckiemu, notaryuszowi przy warszawskim sądzie okręgowym. 2) Z sumy 71.000 rubli w 4% listach zastawnych Towarzystwa kredyt. ziem. w Królestwie Polskiem, zapisanej przez ś. p. hr. Adelę Ożarowską na mocy tegoż testamentu; suma ta zgodnie z jego brzmieniem wpłynie do kasy szpitala po ustaniu dożywoć, przez testatorkę na rzecz osób prywatnych ustanowionych, do tego zaś czasu znajdować się będzie w depozycie w banku handlowym w Warszawie jako własność szpitala. Majątek powyższy powiększany być może darowiznami i zapisami, jakie w przyszłości na rzecz szpitala czynione być mogą.

Egzekutorowie testamentu hr. Ożarowskiej: Jan hr. Zamoyski i Kazimierz Olszowski adwokat przysięgły zdecydują z prawem głosu stanowczego łącznie z Zarządem szpitala, jaka część zapisanej przez hr. Ożarowską sumy obróconą być winna na wzniesienie szpitala i jego umontowanie oraz jaka część i gdzie ma być zdeponowaną jako fundusz wieczysty, od którego procenta używane będą na jego utrzymanie.

Środki utrzymania szpitala są następujące: a) procenta od tylko co wymienionej części sumy, na rzecz szpitala przez hr. Ożarowską zapisanej; b) opłata za leczenie chorych dzieci, pobierana stosownie do § 18 niniejszej ustawy; c) ofiary, złożone przez dobroczyńców szpitala w gotowiźnie, ruchomościach, wiktuałach i t. p.; d) dochody z darowizn i legatów, na rzecz szpitala uczynionych; e) sumy otrzymywane od Towarzystwa Pomocy dla szpitala, o ile takowe będzie utworzone; f) dochody przypadkowe z zabaw, przedstawień teatralnych, koncertów, odczytów, kiermaszów i t. p.

§ 10. Dla zbierania ofiar, stosownie do art. 421 ust. o Dobr. Publ., zaprowadzone będą, po uprzedniem uzyskaniu pozwolenia Rady gubernialnej Dobroczynności Publicznej, puszki ustawiane w szpitalu i innych miejscach.

§ 11. W razie ofiarowania na rzecz szpitala odpowiedniego funduszu, wysokość którego określi Zarząd, z przeznaczeniem procentu na utrzymanie jednego lub kilku łóżek, łóżka te nosić będą nazwiska ofiarodawców.

§ 12. Remanenty pozostałe po zaspokojeniu wszelkich wydatków szpitala w danym roku, zaliczają się na kapitał zapasowy, którego przeznaczenie określać będzie Zarząd.

§ 13. Kapitały szpitala w miarę gromadzenia się winny być lokowane w papierach procentowych państwowych lub przez Rząd gwarantowanych i przechowywane w instytucyach Banku Państwa, w Kasach Oszczędności państwowych, albo też w solidnych instytucyach finansowych prywatnych. Do tychże instytucyi powinny być wpłacane na rachunek bieżący fundusze obrotowe szpitala i tylko gotowizna na wydatki bieżące, w wysokości oznaczonej przez Zarząd, może pozostawać w rękach odnośnej osoby z administracyi szpitala.

Darowizny i zapisy uczynione na rzecz szpitala w sumach hipotecznych mogą nadal na tychże hipotekach pozostawać, o ile Zarząd uzna to za właściwe.

IV. Prawa i obowiązki szpitala.

§ 14. Szpital posiada pieczęć »Szpital prywatny dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich«

§ 15. Nieruchomość szpitala, wszelkie jego ruchomości jako też kapitały stanowią wyłączną własność szpitala i na inny cel użyte być nie mogą.

§ 16. Bezpośredni zarząd szpitalem należy do naczelnego lekarza, w zakres obowiązków którego wchodzi między innemi: 1) przyjmowanie, leczenie i uwalnianie ze szpitala chorych dzieci oraz kierownictwo szpitala pod względem leczniczym; 2) przedstawianie do zatwierdzenia i zwalniania młodszych ordynatorów szpitala; 3) przyjmowanie i zwalnianie niższej służby szpitalnej; 4) składanie corocznie miejscowemu urzędowi lekarskiemu sprawozdań szczegółowych o działalności szpitala według wzoru przez tenże urząd przepisanego; 5) składanie urzędowi lekarskiemu peryodycznych wykazów stosownie do przepisów obowiązujących i rozporządzeń władzy; 6) zawiadamianie urzędu lekarskiego o każdym wypadku zgonu jako też zawiadamianie o tem policyi miejscowej i osób, które oddały dziecko do szpitala; 7) osobista obecność podczas rewizyi szpitala przez gubernialnego inspektora lekarskiego lub inne osoby urzędowe i zapewnienie im w tym razie wszelkiego współudziału.

V. Sposób przyjmowania, utrzymywania i wypisywania ze szpitala.

§ 17. Sposób przyjmowania do szpitala, utrzymania chorych dzieci i wypisywania ich ze szpitala określa Zarząd z zastosowaniem się do ustawy normalnej o lecznicach prywatnych z dnia 4. września 1903 roku.

Uwaga. Dzieci dotknięte idyotyzmem, epilepsyą, jaglicą, syfilisem i wogóle chorobami chronicznemi nieuleczalnemi mogą być przyjmowane do szpitala o tyle, o ile będą mogły być umieszczone oddzielnie od innych dzieci. Naczelny lekarz ma prawo odmówić przyjęcia takich dzieci lub wypisania ich.

§ 18. Opłata za leczenie i utrzymanie w szpitalu wynosi kopiejek 50 dziennie na oddziale wewnętrznym i infekcyjnym, zaś 75 kop. na oddziale chirurgicznym. Zmiana wysokości tej opłaty należy do atrybucyi Zarządu, który będzie mieć przytem na uwadze zmiany zaprowadzone w szpitalach, będących w zawiadywaniu Rady gubernialnej radomskiej.

O każdej zmianie opłaty Zarząd szpitala powiadomi Radę gubernialną Dobroczynności Publicznej w Radomiu.

Zarząd szpitala ma prawo urządzać oddzielne pokoje i przyjmować do nich chore dzieci za specyalnie umówioną opłatą.

Osoby dorosłe towarzyszące chorym dzieciom jako opiekunki mogą być umieszczane w szpitalu, o ile jest miejsce i o ile pokryją koszta oddzielnego pomieszczenia i utrzymania, w drodze oddzielnej umowy określone.

§ 19. Opiekunowie lub krewni zmarłego dziecka powinni w ciągu dni trzech postarać się o zabranie jego ciała, gdyby wszakże zmarłe dziecko nie miało ani krewnych, ani opiekunów, to pochowane zostanie kosztem szpitala. Opłaty za tego rodzaju pogrzeb ustanawiane będą z roku na rok przez Zarząd szpitala.

§ 20. Wykaz należności za leczenie w szpitalu, nie zapłaconych dobrowolnie, komunikowany będzie przynajmniej co kwartał przez Zarząd szpitala gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej w Radomiu, która przystąpi do wyegzekwowania rzeczonych należności na zasadach, przepisanych co do egzekwowania kosztu leczenia w szpitalach publicznych i wyegzekwowane pieniądze prześle Zarządowi szpitala.

Radomskiej gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej przysługuje prawo sprawdzania wysokości należności, podanych do wyegzekwowania przez Zarząd szpitala.

§ 21. Zarząd szpitala ma prawo urządzać wykłady teoretyczne i kursa praktyczne pielęgniarstwa oraz po ukończeniu ich wydawać pielęgniarkom odnośne świadectwa.

Kol. Henryk Raszkes odczytał swą pracę: **Jeszcze w sprawie pochwowego cięcia cesarskiego.** (Rzecz przeznaczona do druku w »Medycynie«). — W dyskusyi brali udział koledzy: Chojko, Cunq, Fidler, Kellerworm i inni.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła dnia 6. b. m. posiedzenie we Lwowie, na którem wydała opinie w sprawie Zakładu leczniczego w Tartarowie, okręgu sanitarnego w Pustomytach, dwu grobowców rodzinnych, oraz powzięła uchwałę w sprawie lekarzy okręgowych.

— Przy licznym udziale członków odbył się we Lwowie w bież. tygodniu trzydniowy Zjazd przeciwalkoholowy. Posiedzenia odbywały się w pałacu »Sztuki«. Z pośród licznych wykładów wymieniamy te, których treść wchodziła w zakres medycyny. Prof. Popielski mówił o wpływie t. zw. umiarkowanego używania napojów alkoholowych na organizm. Prof. Piltz: Wpływ alkoholizmu na potomstwo. Dr Gantkowski: Alkohol a gruźlica. Dr Mikulski: Wpływ alkoholu na czynności psychiczne. Doc. Dr Piasecki: Zadanie uniwersytetu wobec walki z alkoholizmem. Na ostatniem posiedzeniu powzięto między innemi uchwałę, aby domagać się utworzenia sanatoryum dla alkoholików.

— Sekcya czortkowska Tow. lek. galic. odbyła dnia 16. VI. 1912 posiedzenie gościnne w szpitalu husiatyńskim. Przewodniczący kol. Sękiewicz omawiał działalność sekcyi, poczem na wniosek kol. Zawadzkiego wybrano na każdy z sześciu powiatów delegata powiatowego dla podniesienia ruchu na posiedzeniach. Delegatami na Walne Zgromadzenie wybrano kol. Sękiewicza i Zarembę. Następnie kol. Sękiewicz wygłosił odczyt: »O morfinizmie ze stanowiska sądowolekarskiego« na podstawie dwóch, dłuższy czas obserwowanych przypadków. Dalej zwiedzano szpital husiatyński, poczem prym. kol. Zaremba przedstawił chorych: a) z przewlekłem zapaleniem tęczówki, ze silnymi zrostami, nie leczonem przez pół roku, b) z całkowitem porażeniem tęczówki po atropinizacyi przed 6 laty; c) po laparatomii z powodu torbieli jajnikowej; d) po kolpoperineorafii i kolporafii z powodu zupełnego wypadnięcia macicy; e) sposób opatrywania po radykalnej operacyi raka sutka, z uniesieniem i ekstenzyą ramienia dla utrzymania ruchomości i uniknięcia obrzęków; f) sposób leczenia złamań kończyny dolnej na łóżku ekstenzyjnem, umyślnie skonstruowanem, z wyciągami w kilku kierunkach; g) preparat mięsaka wychodzącego ze ściany torbieli skórzastej na palcu z gwałtownym przebiegiem; h) preparat ze skrętu torbieli jajnika; i) łożysko z otworem w środku, przez który z powodu środkowego przodowania łożyska (placenta praevia centralis) dobył płód po obrocie. Wreszcie kol. Zawadzki z Czortkowa przedstawił: a) dwie chore po operacyi z powodu kamicy żółciowej (u jednej wykonano cholecystostomię, u drugiej cholecystenteroanastomozę) w znieczuleniu miejscowem, zachęcając do robienia laparotomii w znieczuleniu miejscowem, co daje bardzo dobre wyniki; b) chorą po wycięciu wyrostka robaczkowego (appendicit. catarrh. chron.), z powodu $1^1/_2$ roku trwających nieustających dolegliwości; c) chorą po cięciu cesarskiem, którą 7 miesięcy przedtem leczono na osteomalacyę wstrzykiwaniami adrenaliny zupełnie bez skutku, może właśnie z powodu obecności wczesnej ciąży; d) chorego po operacyi przepukliny uwięźniętej, który się zgłosił z przepukliną wolną a na kilka godzin przed zamierzoną jej operacyą doznał nagle uwięźnięcia; e) otwarte zwichnięcie stawu barkowego z rozerwaniem dołu pachowego i odłamaniem powierzchni stawowej łopatki. Zawadzki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VI. do 6. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1, płonicy 1 † — (— † 1), odry 4, duru plamistego (1), duru brzusznego 3 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 24. VI. do 1. VII. 1912 przypadków: ospy 1 † 1, płonicy 3 † 1. Dr Treukner.

Redakcya otrzymała: Karol Klecki: Action de l'émanation du radium sur la phagocytose des microbes. Kraków 1912. (Extrait du bulletin de l'Académie des sciences de Cracovie). — Oczesalski i Sterling: Badania doświadczalne nad wpływem upustów i zastrzykiwań krwi pod otrzewną na liczbę i odporność krwinek czerwonych. Warszawa 1912. (Odb. z Gazety lek.). — Dr A. Sokołowski: Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne i niektóre inne choroby dróg oddechowych. Warszawa 1912. (Odb. z Gazety lek.). — Fr. Chłapowski: Włośnica, czyli trychinoza, jej przenoszenie i objawy główne. Odbitka z Nowin lek. w Poznaniu. Rocznik XXIV. Zeszyt 6. — Prof. Zaleski: Jazik Esperanto kak semirnoe sredstwo meždinarodnich snoszenii. Petersburg 1912. — Teodor Heiman: Krótki rys ötjatryi. Warszawa 1912. Z udziałem zapomogi kasy im. Mianowskiego. Stron 208. — A. Puławski: Choroba Brighta. Dwukrotna operacya Edebohlsa, objawy choroby Basedowa w końcu życia. Warszawa, odbitka z Gazety lek. 1912. — Puławski: Jod i tyreoidyna jako czynniki wywołujące chorobę Basedowa u osób dotkniętych wolem. Warszawa 1912. (Odb. z Gazety lek.). — Puławski: Przyczynek do chirurgicznego leczenia choroby Basedowa. Warszawa 1912. — Puławski: Przypadek choroby Addisona. Warszawa 1912. Odb. z Gazety lekarskiej. — Puławski: Ein Fall von Addisonscher Krankheit. (Separatabdruck aus der W. kl. Wochenschrift 1912). — Sprawozdanie kasy pomocy im. Józefa Mianowskiego za r. 1911. Warszawa. — Dr E. Bruner: Naevus anaemicus. (Odb. z Gazety lek. Nr 14. 1912).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 6. Cena 2·— Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Czerwcowy zeszyt »Kursów lekarskich« poświęcony, we-

dług programu, chorobom dzieci, wypełnił w tym roku jeden tylko autor, prof. Langstein, dyrektor Instytutu cesarzowej Augusty-Wiktoryi dla zwalczania śmiertelności niemowląt w Niemczech. Praca prof. Langsteina roztrząsa sprawę głodu i niedostatecznego odżywienia w wieku niemowlęcym, jakoteż zagadnienia dotyczące odżywiania starszych, zdrowych i chorych dzieci. Na końcu dodany jest szczegółowy przegląd całego piśmiennictwa z tego zakresu w ostatnich latach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Prothaemin. Dr Paul Korb, st. lek. oddz. wewn. zakł. leczn. »Bethanien« w Liegnitz. (Deutche mediz. Wochenschrift Nr 11.1912).

Zasadniczo nowy przetwór białkowy ze krwi, zawdzięczający swe powstanie socyalno-ekonomicznym, jakoteż fizyologiczno-chemicznym równie ciekawym dążeniem uznanego badacza, powitany zostanie ze szczególnem zainteresowaniem się. Że dążenia te przy praktycznem zastosowaniu leczniczem zaspokaja jak najlepiej »Prothaemina«, to wynika z szeregu spostrzeżeń i przedłożonych doświadczeń klinicznych z tym przetworem.

Wprowadzony pod nazwą prothaemin przez firmę Goedecke & Co w Lipsku przetwór białkowy ze krwi wytworzony został najpierw przez Tajnego Radcę Salkowskiego w Berlinie na podstawie szeroko zakrojonych doświadczeń, dążących do poważnych socyalno-ekonomicznych celów. Zawiera on bez dodatków konserwujących w jednostajnie uzyskanem ciele działające składniki krwi; obok całkowitych ciał białkowatych całą zawartość żelaza, jakoteż obfite ilości organicznie związanego fosforu. Według Korb'a stanowi prothaemina rzeczywisty postęp w lecznictwie. Jestto proszek suchy, delikatny pyłek, barwy czekoladowej, wolny od smaku żelaza i woni. Wybitna, przez Salkowskiego w licznych doświadczeniach na zwierzętach dowiedziona zdolność wessalności i przyswojenia, czyni że przetwór ten jest łatwo strawny. Wessanie następuje bardzo szybko. Chorzy przyjmują go chętnie.

Wskazaną jest prothaemina wszędzie tam, gdzie podupada odżywienie ogólne. Korb podawał przetwór ten przy błednicy, niedokrwności, stanach osłabienia różnego rodzaju, przy gruźlicy płuc w rozmaitych okresach. Spostrzegał po prothaeminie — innych środków podczas tego leczenia nie podawano — poprawę stanu ogólnego, wzmożenie się ilości czerwonych ciałek krwi i zawartości hemoglobiny. Waga ciała ciągle przybywała; także przy bardzo ciężkich niedokrwnościach, przy stanach, w których wogóle trudno osiągnąć przybytek wagi ciała, uzyskiwano go przy pomocy prothaeminy; w jednym z takich przypadków przybyło nawet $4^1/_2$ kg. w ciągu 4 tygodni!

Zwykle podawano 3 × dz. kopiastą łyżeczkę kawową z mlekiem lub kakao 1 godzinę po posiłku. Prothaeminę wprowadzono także jako czekoladę prothaeminową do handlu.

Według doświadczeń autora »jest się uprawnionym określić prothaeminę jako rzeczywiście odżywczy i wzmacniający przetwór krwi, odpowiadający doskonale potrzebom codziennej praktyki«. Hr. W.